
La
Perforation Extrapéritonéale
des
Ulcères du Duodénum

THÈSE

PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE DEVANT LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

Le 8 Mai 1939

PAR

Francis FABRE

Interne des Hôpitaux de Toulon

Né le 19 Mars 1910

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	LAPEYRE, prof. Président. JEANBRAU, professeur. AIMES, agrégé. MONNIER, ch. d'agrég.	}	Assesseurs
---------------------------	---	---	---	------------

LYON

BOSC Frères M. & L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

42, Quai Gailleton, 42

1939

**La Perforation Extrapéritonéale des Ulcères
du Duodénum**

La Perforation Extrapéritonéale des Ulcères du Duodénum

THÈSE

PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE DEVANT LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

Le 8 Mai 1939

PAR

Francis FABRE

Interne des Hôpitaux de Toulon

Né le 19 Mars 1910

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Examineurs
de la Thèse**

{ LAPEYRE, prof. *Président*.
JEANBRAU, professeur.
AIMES, agrégé.
MONNIER, ch. d'agrég. }

} *Assesseurs*

LYON

BOSC Frères M. & L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

42, Quai Gailleton, 42

—
1939

PERSONNEL DE LA FACULTE

Professeurs

Anatomie
Histologie
Physiologie
Chimie biologique et médicale et Toxicologie.....
Physique médicale
Anatomie pathologique
Microbiologie
Pathologie et thérapeutique générales.....
Thérapeutique et matière médicale.....
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....
Hygiène
Médecine légale et médecine sociale.....
Pathologie médicale et clinique propédeutique
Clinique médicale
Clinique chirurgicale
Clinique obstétricale
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....
Clinique des malad. des enfants et hyg. du premier âge
Clinique de dermatosyphiligraphie
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie
Clinique des maladies des voies urinaires
Clinique gynécologique
Clinique ophtalmologique
Clinique d'oto-rhino-laryngologie maxillo faciale
Radiologie (Ch. de c.).....
Anatomie (Ch. de c.).....
Histologie (Ch. dec.).....

MM. J. DELMAS
TURCHINI
L. HEDON
CRISTOL
PECH
GRYNFELTT
LISBONNE
PAGES
N...
PUECH
CARRIEU
VIDAL
BOULET
GIRAUD
RIMBAUD
MASSABUAU, Ass ^r
RICHE
P. DELMAS
EUZIERE, doyen
BOUDET
MARGAROT
ETIENNE
JEANBRAU
LAPEYRE
DEJEAN
TERRACOL
LAMARQUE
MM. LAUX
GRANEL

Honorariat

Professeurs honoraires :

MM. RODET, TEDENAT, FORGUE, ESTOR, BERTIN-SANS
CABANNES, GALAVIELLE, VIRES, BOSC, VILLARD

Chargés de Cours complémentaires

Histoire Naturelle médicale
Pathologie Médicale et Clinique propédeutique médi- cale
Clinique propédeutique médicale.....
Clinique des maladies contagieuses.....
Clinique phthisiologique
Chirurgie expérimentale
Pathologie externe
Médecine opératoire
Accouchements
Stomatologie

MM. HARANT, Dr.
BAUMEL, Agr.
P. RIMBAUD, Agr.
JANBON
VIDAL, Prof.
GUIBAL, Agr.
MOURGUES-MOLINES, Agr.
ROUX, Agr.
COL DE CARRERA, Agr. lib.
FERRIER Dr.

Agrégés en exercice

Bactériologie
Médecine
Chirurgie
Chimie
Obstétrique.....

CARRERE
MM. JANBON.
BAUMEL
P. RIMBAUD.
LAFON, Ch. d'Agr.
BOUCOMONT, Ch. d'Agr.
MM. AIMES
MOURGUE-MOLINES
GUIBAL
ROUX
MONNIER, Ch d'Agr.
KADÉRAS DE KERLEAU,
Ch. d'Agr.

Examineurs de la Thèse

LAPEYRE, Professeur, *Président*.
JEANBRAU, Professeur.

AIMES, Agrégé.
MONNIER, Ch. d'Agrég.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PERE

DOCTEUR CHARLES FABRE
Chirurgien des Hôpitaux de Nîmes
Chevalier de la Légion d'Honneur

In Memoriam.

A MA MERE

Faible hommage de ma profonde
affection.

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR LAPEYRE

Il nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse. Qu'il trouve ici l'expression
de notre profonde reconnaissance.

A NOTRE JURY DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR JEANBRAU

En témoignage de la bienveillance qu'il a bien voulu nous accorder, très respectueux hommage de notre admiration et de notre sincère reconnaissance.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ AIMES

Qui a bien voulu nous faire l'honneur de juger notre travail.

MONSIEUR LE DOCTEUR PIERRE MONNIER

En témoignage de notre sympathie.

A NOS MAÎTRES DANS LA FACULTÉ
ET LES HÔPITAUX DE MONTPELLIER

A NOS MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE TOULON

MONSIEUR LE DOCTEUR GEORGES JEAN

Chirurgien des Hôpitaux de Toulon

Associé National de l'Académie de Chirurgie

Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse et n'a cessé durant deux années d'Internat dans son service, de nous encourager et de nous entourer de ses conseils éclairés et de sa bienveillante sollicitude.

Qu'il trouve ici l'hommage de notre profonde reconnaissance et de notre respectueuse affection.

MONSIEUR LE DOCTEUR CHARLES JOURDAN

Chirurgien des Hôpitaux de Toulon

Qui nous a, dans son service, autorisé et aidé à compléter notre éducation professionnelle.

Nous désirons qu'il trouve ici un faible témoignage de notre gratitude pour la bienveillante sympathie dont il nous a entouré.

A MESSIEURS LES DOCTEURS
MALARTIC, MEGE, DUMAS

Dont j'ai eu l'honneur d'être
l'Interne.

A MESSIEURS LES DOCTEURS
DEVILLE, LEMAIRE, LAURES, LONGCHAMPT,
ANGLES D'AURIAC, REBOUL, DEMOUY

A MES CAMARADES D'INTERNAT

La Perforation Extrapéritonéale des Ulcères du Duodénum

INTRODUCTION

Au cours de notre internat dans les Hôpitaux de Toulon, le hasard nous mit en présence, dans le Service du Docteur JEAN, d'un cas d'ulcère du duodénum perforé en arrière du péritoine.

Nous avons conservé cette observation inhabituelle et avons décidé d'en faire notre thèse inaugurale.

En effet, nous avons constaté que si les traités de chirurgie donnaient une description parfaite et désormais classique de la perforation en péritoine libre, ils mettaient beaucoup moins en évidence les perforations et ruptures duodénales restées extrapéritonéales, et dont la symptomatologie spéciale méritait d'être étudiée.

Trouvant donc la littérature sur ce sujet assez peu fournie, nous avons décidé de faire ici une revue générale, non pas de l'ulcère du duodénum et de sa perforation, bien connue actuellement, mais seulement l'étude des seules perforations extrapéritonéales d'ulcus du duodénum, de leurs complications et de leur traitement.

Nous avons en outre présenté quelques observations de rupture traumatique du duodénum qui nous ser-

viront à compléter l'étude symptomatologique du sujet, ainsi que la pathogénie des complications.

Nous avons, pour sa meilleure compréhension, divisé cet ouvrage en six parties principales :

1. Rappel embryologique, anatomique et topographique des faces extrapéritonéales du duodénum;
2. Etude statistique des possibilités de ruptures d'ulcères duodénaux en zones extrapéritonéales;
3. Etude basée sur les observations et sur l'embryologie de la région montrant les aboutissants possibles des perforations rétropéritonéales;
4. Les observations, leur étude et la symptomatologie spéciale en deux temps de ces ulcères;
5. Etude des autres lésions pouvant causer des accidents locaux semblables;
6. Conduite à tenir.

CHAPITRE PREMIER

ANATOMIE DU DUODENUM

Le duodénum est la portion d'intestin grêle qui s'étend du pylore au point où le canal intestinal passe dans le mésentère. Il occupe la partie médiane de la région thoraco-abdominale, et, sur son trajet, est fixé à la paroi abdominale postérieure.

Son anatomie générale, déjà bien connue, ne gagnerait rien à être répétée ici. Nous nous bornerons donc à préciser ses rapports avec son sac séreux, ses moyens de fixation et ses rapports généraux dans la mesure où ceux-ci pourront aider à la compréhension de notre sujet.

LE PERITOINE

ET LES MOYENS DE FIXITE DU DUODENUM

Bien que portion la plus fixe de l'intestin, l'anse duodénale ne doit pas son immobilité relative à des moyens d'attache puissants : elle n'est en effet fixée que par ses vaisseaux et nerfs, le canal cholédoque et les canaux pancréatiques, et le faisceau musculaire, mi-fibreux qu'est le muscle de Treitz.

Il doit donc surtout cette fixité à la coalescence des feuillets de son péritoine primitif avec le péritoine qui tapissait la paroi abdominale postérieure, coalescence qui finit par exclure cette portion de l'intestin de la cavité péritonéale proprement dite.

Il devient donc indispensable, pour comprendre la position rétro-péritonéale de cet organe, de connaître son embryologie propre, ainsi que les évolutions effectuées par son sac séreux pendant la vie intra-utérine.

Embryologie.

L'anse intestinale primitivement mobile est placée dans le plan vertical antéro-postérieur. L'artère, la future artère mésentérique supérieure, sert d'axe à cette anse, en passant entre les deux feuillets de son méso, et à égale distance de chaque branche ascendante et descendante de cette branche.

Deux sortes de mouvements vont alors présider à la fixation de cette anse primitivement mobile et libre.

En un premier temps l'anse et son méso subiront une torsion qui donnera à cette portion de l'intestin grêle les courbures duodénales caractéristiques.

En un second temps l'accolement et la coalescence des différentes parties du méso duodénum retourné sur lui-même par la torsion de l'anse fixeront cette dernière définitivement à la paroi abdominale postérieure, et le duodénum sera terminé et fixe.

Envisageons donc les différentes péripéties de chacune de ces deux périodes de la vie fœtale, qui aboutiront à la formation complexe du tube digestif.

A. — PREMIÈRE PÉRIODE : PÉRIODE DES TORSIONS

La première période de ces modifications s'écoule environ durant les deux premiers mois de la vie intra-utérine. Elle est suffisamment bien étudiée dans les traités d'anatomie pour que nous la passions ici sous silence, et que nous nous contentions de dire que l'anse subit une torsion sur elle-même de 270 degrés environ, en sens inverse des aiguilles d'une montre.

Malgré cette torsion l'anse duodénale est encore mobile, car elle n'adhère encore ni au péritoine pariétal postérieur, ni au futur mésocôlon, dont l'anse flotte au-devant du duodénum.

B. — DEUXIÈME PÉRIODE : PÉRIODE DES ACCOLEMENTS

C'est alors que commence la seconde période de l'évolution duodénale, la période des accolements, qui commence environ à la fin du 2^e mois de la vie intra-utérine. et va désormais fixer l'anse.

Nous assisterons alors à deux sortes d'accolements aboutissant à l'exclusion, en arrière de la cavité péritonéale, et par cela à sa fixation à la paroi abdominale postérieure :

1^o *Au niveau du genu superius et de la deuxième portion du duodénum*, cette partie, de par les diverses

courbures suivies, n'est plus dans l'axe médian antéro-postérieur, mais siège à droite de la colonne lombaire.

Dans ce mouvement de déplacement vers la droite cette portion d'anse a entraîné son sac séreux. Il s'est alors formé un long méso par lequel l'anse reste reliée au point d'insertion du méso-duodénum primitif situé sur l'axe médian.

Il s'ensuit un étalement du méso-duodénum, de telle sorte que le feuillet postérieur de ce méso duodénum entre en contact intime avec le versant antérieur du péritoine pariétal postérieur droit.

De ce contact naît une soudure; et c'est cette soudure des deux feuillets péritonéaux qui constitue le fascia de Treitz. Il n'y aura plus alors aucune solution de continuité au niveau du bord externe de D2, entre le feuillet antérieur du péritoine duodénal et la face antérieure du péritoine pariétal postérieur. Le duodénum se trouvera donc exclu à cet endroit (D2) de la cavité péritonéale, sa seule paroi antérieure étant tapissée d'un feuillet péritonéal et sera d'autre part séparé de la paroi abdominale postérieure par le seul fascia de Treitz.

2° *Au niveau de D3 et de D4*, ces parties se colleront à la face antérieure du mésentère primitif qui, lui-même, se collera au péritoine pariétal postérieur.

Les portions 2, 3 et 4 du duodénum sont donc ainsi fixées contre la paroi abdominale postérieure, tandis que D1 est encore libre.

A ce moment de nouvelles formations antérieures vont venir recouvrir la deuxième et troisième portion de l'anse, laissant la quatrième portion libre en

avant. Cette nouvelle formation est le mésogastre transverse, qui s'applique de bas en haut sur la deuxième et troisième portions du duodénum, ainsi que sur la tête du pancréas, avant de retomber en avant vers le côlon transverse. De plus, le mésogastre postérieur, qui vient de former l'arrière-cavité, et le grand épiploon, passant ainsi en avant de la partie supérieure de D2, y crée aussi une adhérence définitive.

Par ces différentes fusions de la séreuse, D2 et D3 se trouvent complètement collés à la paroi abdominale postérieure. Si donc il est nécessaire de mobiliser cette portion duodénale au cours d'une intervention chirurgicale, il suffira, après avoir sectionné le péritoine tapissant la face antérieure de l'anse, de suivre un plan de clivage embryologique décollable et exsangue : le feuillet de Treitz.

A la fin de la vie utérine, l'anse est complètement formée et fixée par ses diverses coalescences que seule leur étude embryologique permettait de concevoir nettement, et dont la bonne connaissance est indispensable au chirurgien pour aborder avec le minimum de dégâts les formations d'un organe masqué par ses replis péritonéaux.

RAPPORTS ET CONNEXIONS DU DUODENUM

AVEC LES ORGANES VOISINS

ENVISAGES DU POINT DE VUE ANATOMO-CHIRURGICAL

La position du duodénum varie suivant sa forme, suivant la laxité plus ou moins grande de ses moyens

de fixation, et suivant la position du sujet couché ou debout.

Cependant, on peut grossièrement considérer le duodénum comme étant inscrit dans un cercle ayant comme diamètre la distance du bord supérieur de la première vertèbre lombaire au bord inférieur de la deuxième.

Se basant alors sur cette position, on pourra décrire au duodénum des rapports à peu près constants avec les organes situés contre la paroi postérieure de l'abdomen et avec ceux situés dans la cavité abdominale elle-même ; rapports très importants, qu'il convient d'examiner séparément pour chacune des quatre portions.

A. — PREMIERE PORTION.

Cette portion, appelée encore portion hépatique, se met en rapport :

EN AVANT :

Par l'intermédiaire du péritoine, avec la face inférieure du foie et la vésicule biliaire elle-même qui, recouvrant cette portion de l'intestin, viennent se glisser entre elle et la paroi abdominale antérieure.

EN ARRIÈRE :

Le contact se fait par l'intermédiaire du péritoine, sur les deux premiers centimètres du duodénum ; et directement, après ces deux premiers centimètres. Le

duodénum est donc en rapport avec la tête du pancréas, l'artère gastro-duodénale qui, descendant de l'artère hépatique, croise la première portion de haut en bas, à 3 centimètres environ de son début.

Cette face postérieure de la première portion est en rapport direct avec le canal cholédoque et les ganglions lymphatiques accompagnant les voies biliaires, ainsi qu'avec le tronc de la veine porte qui reçoit à ce niveau la veine pancréatico-duodénale.

Enfin, par l'intermédiaire de ces différentes formations, cette première partie du duodénum est encore en rapport, indirect cette fois, avec la veine cave inférieure, qui monte contre la paroi abdominale postérieure.

EN HAUT :

L'anse est en rapport avec le petit épiploon, qui se prolonge sur le bord supérieur du duodénum. En ce point, au niveau du genu superius, l'anse intestinale est intimement liée au pédicule hépatique sur un trajet d'environ 2 centimètres. Le feuillet séreux descendant devant le pédicule hépatique s'insinue entre le pédicule et le duodénum, puis se réfléchit et monte sur la face postérieure du duodénum, puis sur sa face supérieure, en sorte qu'il se fait comme un petit cul-de-sac qui sépare le pédicule du duodénum et laisse par conséquent, non péritonisée, la face postérieure du duodénum à ce niveau; cette face se trouve donc aussi exclue de la grande cavité péritonéale.

Par l'intermédiaire du cul-de-sac séreux, le duo-

dénium est encore en rapport avec la face inférieure du foie, le canal cystique et le début de l'artère gastro-duodénale, d'où se détachent à ce niveau l'artère cystique, et l'artère pancréatico-duodénale droite supérieure, et toujours en rapport avec les éléments du pédicule hépatique (artère hépatique, veine porte, canal cholédoque), qui cheminent à travers les feuillets du petit épiploon.

EN BAS :

Cette portion duodénale est encore en rapport avec l'artère gastro-duodénale, qui donne naissance à ce niveau à l'artère gastro-épiploïque droite, et avec le bord du grand épiploon, qui prend insertion à ce niveau.

Contrairement au reste du duodénum, la première portion n'est pas entièrement fixée. Son premier centimètre est, comme l'estomac lui-même, compris dans l'épiploon hépato-gastro-colique. Or nous savons que la première portion du duodénum présente, suivant les sujets, des différences considérables de longueur, et que le début du duodénum (juxta-pylorique) est tantôt si court qu'il n'existe pour ainsi dire pas de portion mobile, tantôt assez long pour que la portion mobile atteigne 3 ou 4 centimètres. GRÉGOIRE nous dit à ce sujet :

« Dans le premier cas, les deux feuillets de l'épiploon gastro-hépatique s'écartent l'un de l'autre dès qu'ils atteignent le duodénum, le feuillet antérieur entoure la face supérieure, la face droite et une partie de la face inférieure de l'intestin; le feuillet postérieur remonte aussitôt pour tapis-

« ser la tête du pancréas : *la portion dite mobile du*
« *duodénum est dénuée du péritoine sur sa face pos-*
« *térieure.*

« Dans le deuxième cas, les deux feuillets de l'épi-
« ploon gastro-hépatique descendent l'un en arrière,
« l'autre en avant du duodénum, se reconstituent
« en méso au-dessous de lui, et vont contribuer à
« former le grand épiploon. *Ici la première partie*
« *du duodénum est tout à fait mobile, comprise entre*
« *les deux feuillets du méso-péritonéal; la face pos-*
« *érieure est saillante dans l'arrière-cavité des épi-*
« *ploons, comme celle de l'estomac.* »

De cette disposition anatomique du péritoine dépend l'évolution extra ou intrapéritonéale de la perforation de cette première portion.

B. — DEUXIEME PORTION.

Appelée encore portion descendante, et longue de 9 à 10 centimètres, cette portion longe le flanc droit des II^e, III^e et IV^e vertèbres lombaires, et contracte ainsi d'importants rapports avec le contenu de la loge rénale droite, rapports d'autant plus importants que, embryologiquement, le péritoine duodénal et les fascia de la loge rénale ont de nombreux points communs.

Cette deuxième portion répond donc :

EN AVANT :

A l'extrémité droite du côlon transverse, dont le méso, toujours très court à ce niveau, divise l'anse

duodénale en une portion sus-mésocolique et une sous-mésocolique. La portion sus-mésocolique est seule en rapport avec le côlon; la partie sous-mésocolique n'étant en connexion qu'avec les anses grêles.

EN ARRIÈRE :

Tapissée en arrière par la seule lame de Treitz (simple vestige du méso duodénal fœtal), cette portion répond à la veine cave inférieure dont elle recouvre la moitié ou les deux tiers externes, et répond à la partie interne de la face antérieure du rein droit à laquelle elle adhère parfois d'une façon intime.

Un point est ici essentiel à préciser : le méso du côlon transverse, dans la partie droite de son insertion pariétale, se fixe d'abord au-devant de la face antérieure de la moitié inférieure du rein droit, puis au-devant de la portion descendante du duodénum, puis enfin au-devant de la tête du pancréas. Dans toute l'étendue de cette attache, les deux feuillets qui constituent le méso sont d'habitude écartés l'un de l'autre, car leur insertion est large; toute la moitié inférieure de la deuxième portion du duodénum se trouve donc située dans l'écartement des feuillets du mésocôlon et, par suite, le duodénum se trouve là directement en rapport, d'une part avec la face postérieure du côlon transverse, d'autre part avec le bord interne du rein droit.

Ajoutons qu'en arrière du duodénum (D2), en dehors du cholédoque, se trouve la chaîne ganglionnaire lymphatique postérieure recevant les lymphatiques du duodénum et de la région iléo-cæco-

appendiculaire, formée de trois ou quatre ganglions étagés en hauteur, et dont l'hypertrophie de l'un d'eux a pu faire croire aux doigts qui le palpaient à un calcul engagé dans le cholédoque.

Cette portion répond aussi aux vaisseaux du pédicule rénal droit, au bassinet et à la partie supérieure de l'uretère.

Par l'intermédiaire de tous ces organes, le duodénum est en rapport avec la paroi abdominale postérieure au travers de laquelle une voie d'accès avait été envisagée par BRAUNE en 1876.

A GAUCHE :

Cette portion adhère intimement par son bord gauche à la tête du pancréas. Elle est longée sur ce même bord par les vaisseaux pancréatiques droits supérieurs et inférieurs.

A DROITE :

Les rapports se font ici avec le lobe droit du foie (portion sus-mésocolique) et avec le côlon ascendant, soit directement, soit par l'intermédiaire d'un court méso (portion sous-mésocolique).

C. — TROISIEME PORTION.

Cette portion, horizontale, est la portion des traumatismes : par sa situation contre la colonne lombaire, et par sa fixité qui empêche tout déplacement sous le choc.

A son origine, ce segment duodénal a les mêmes dimensions que la terminaison de la deuxième portion qu'il continue; et ainsi la fin de D2 et le commencement de D3 forment une véritable poche de 3 centimètres au moins de diamètre. A cette dilatation anatomiquement normale est dû le nom de « second estomac » donné parfois au duodénum.

Longue de 6 à 7 centimètres cette portion entre en rapport :

EN AVANT :

Avec la racine du mésentère et les vaisseaux mésentériques supérieurs qui la croisent de haut en bas. Elle est prise entre ces vaisseaux et l'aorte abdominale comme entre les mors d'une pince, et il existe à ce niveau un rétrécissement constant du calibre de cet organe. On peut donc supposer que les dimensions du segment sus-jacent seront d'autant plus grandes que la pince artériomésentérique sera plus serrée, celle-ci pouvant, en effet, par suite de ptose généralisée des viscères, comprimer le duodénum et être cause de sténose sous-vatérienne.

Cette face antérieure est encore en rapport avec les ganglions lymphatiques duodénaux antérieurs qui, au nombre de trois, s'étagent en hauteur le long des vaisseaux duodéno-pancréatiques supérieurs droits.

EN ARRIÈRE :

Par l'intermédiaire du fascia de Treitz, cette portion repose sur le psoas, la veine cave inférieure, l'aorte abdominale et ses branches (mésentérique inférieure et spermatique).

Nous avons vu précédemment que la deuxième et la troisième portions du duodénum étaient collées contre la paroi postérieure par le mésogastre primitif qui vient se souder au péritoine postérieur. Cette suture du futur mésocôlon transverse au péritoine pariétal postérieur le long des bords duodénaux convexes exclut donc de la cavité péritonéale la face postérieure du duodénum qui ne sera alors recouverte que par un vestige du mésoduodénum primitif formé d'un feuillet fibreux mince et transparent, feuillet antérieur du fascia de Treitz.

A ce niveau donc, la face postérieure du duodénum ne présentera en arrière d'elle qu'un vestige du feuillet séreux embryonnaire séparé des organes voisins par une zone de décollement absolument exsangue; vestige par l'intermédiaire duquel l'anse contractera les rapports que nous avons envisagés.

D. — QUATRIÈME PORTION.

A partir de cet endroit l'anse duodénale a franchi la ligne médiane. Elle n'entre donc plus en jeu dans le cas qui nous intéresse, et nous nous permettrons de laisser de côté son étude anatomique.

CONCLUSIONS ANATOMO-CHIRURGICALES

De cette position particulière du duodénum par rapport à la séreuse péritonéale et aux organes voisins, il nous est permis de tirer plusieurs conclusions :

1° La face postérieure du duodénum, à partir de 2 centimètres après le pylore, n'est doublée par aucun feuillet péritonéal, mais seulement recouverte par un fascia d'accolement embryonnaire, fascia de Treitz. Cette face, exclue de la cavité péritonéale, est en contact direct avec les organes rétro-péritonéaux. On sait en effet qu'en pratique on peut rendre sa mobilité au duodénum, du moins partiellement, en utilisant les données embryologiques; et après avoir incisé le péritoine de l'adulte le long de la deuxième portion, on décolle facilement ce segment de l'anse, et l'on constate que sa face postérieure, comme la tête du pancréas, sont recouvertes d'un feuillet fibreux mince et transparent; de même la veine cave en arrière est également recouverte d'un feuillet fibreux mince mais opaque. Entre ces feuillets, dont l'union constitue le fascia de Treitz, se trouve le plan de clivage absolument exsangue répondant à l'espace qui, jadis, séparait le péritoine postérieur du péritoine duodénal.

2° Les rapports avec le rein droit sont étroits et constants :

a) Dans la majorité des cas le mésocôlon ascendant étant large et court, l'anse duodénale se trouve incluse entre ces deux feuillets, et par cela même en rapport direct avec la face postérieure du gros intestin, et en contact intime avec la face antérieure du bord interne du rein droit;

b) Dans le cas de mésocôlon étroit, la deuxième portion de l'anse duodénale n'est plus directement en rapport avec le gros intestin, mais reste quand

même en contact intime avec le bord interne du rein droit, et la loge rénale s'ouvre largement vers la loge duodénale dont elle semble être la simple continuité.

3° Il existe en arrière du duodénum un espace celluleux décollable délimité :

En avant, par le péritoine pariétal postérieur qui comprend le pont péritonéal allant du bord externe du duodénum au bord antéro-interne du rein droit, qui comprend aussi l'insertion du mésocôlon transverse et du mésocôlon ascendant, et la face postérieure du duodéno-pancréas ;

En arrière, par la paroi abdominale postérieure ;

A droite, par le rein droit dont la loge est franchement ouverte de ce côté ;

A gauche, par la colonne lombaire et le repli de l'insertion du mésentère.

Cette loge est fermée en bas par l'accolement du mésocôlon ascendant contre la paroi abdominale postérieure ; accolement plus ou moins serré suivant la largeur d'insertion du mésocôlon. La loge peut donc se continuer en bas en suivant ce méso en arrière du cæcum.

4° Cette loge, formée de tissus facilement dissociables, contient des organes importants : cholédoque, veine cave inférieure, veine porte, ganglions rétro-duodénaux, rein droit et bassin. Il est donc facile de comprendre qu'une collection faisant irruption à l'intérieur de cette loge puisse en décoller les fragiles barrières anatomiques, et fuir vers d'autres régions plus ou moins éloignées.

Plusieurs possibilités sont donc à prévoir dans ce

cas, si nous nous rapportons à l'anatomo-embryologie :

a) La collection peut rester dans la loge droite et y provoquer un abcès ;

b) Cette collection peut se glisser dans la loge rénale droite largement ouverte ;

c) Suivant l'insertion du mésocôlon ascendant, elle peut descendre dans la fosse iliaque droite, en arrière du cæcum ;

d) On pourrait enfin supposer le cas où une perforation antérieure duodénale s'effectuerait au niveau de l'insertion du mésocôlon transverse ; la collection qui s'en suivrait pourrait alors décoller les deux feuillets du méso et se glisser jusqu'au niveau du gros intestin sans pour cela contaminer la cavité péritonéale. Le cas n'a jamais été décrit, mais il faut cependant, dans les cas de mésocôlon large, en envisager la possibilité, — quelque exceptionnelle qu'elle puisse paraître.

CHAPITRE II

LES PERFORATIONS DUODENALES EN ZONE EXTRA-PERITONEALE CAUSES — ETUDE STATISTIQUE

L'étude anatomique précédente ayant établi que dans les conditions anatomiques normales, seules les perforations de la face postérieure du duodénum peuvent évoluer en dehors de la cavité péritonéale, il nous paraît maintenant intéressant de connaître les causes de ces perforations, ainsi que leur fréquence par rapport aux perforations duodénales en général.

C'est ce que nous nous proposons d'exposer dans ce chapitre.

A. — CAUSES DE CES PERFORATIONS

Deux causes principales peuvent être évoquées pour expliquer une perforation intestinale à ce niveau : un ulcus, ou une perforation traumatique.

a) LA PERFORATION DE L'ULCUS est une notion trop classique actuellement pour que nous nous permettions d'insister sur sa possibilité. Une seule chose peut

nous intéresser — et nous aborderons cette question un peu plus loin — c'est l'étude statistique des ulcères siégeant sur la face postérieure du duodénum, par rapport aux ulcères duodénaux en général.

b) LA PERFORATION TRAUMATIQUE, elle, peut exister au cours de n'importe quelle contusion brutale de l'abdomen, et siège en général sur la troisième portion duodénale. Cette portion en effet passe en avant de la colonne vertébrale et la coupe perpendiculairement à son axe. Cette situation rend donc inévitable le pincement de cette anse entre le choc venant de l'avant et la colonne osseuse elle-même sur laquelle la face postérieure de l'anse vient s'écraser et très souvent s'ulcérer.

Comme nous le verrons par la suite, le diagnostic précoce d'où découle l'intervention immédiate est ici une des seules chances de succès thérapeutique, car la rupture traumatique est en général située en-dessous de l'ouverture du canal de Wirsung par où se déversent les liquides pancréatiques dont l'action nécrosante sur les tissus est d'une rapidité foudroyante.

B. — ETUDE STATISTIQUE DES PERFORATIONS DUODENALES

L'idée de perforation intestinale étant intimement liée à l'idée de péritonite généralisée, il nous a paru intéressant de savoir dans quelles proportions environ une perforation pouvait s'effectuer sans entraîner obligatoirement cette péritonite.

Nous avons alors recherché les statistiques de différents auteurs, et avons noté que parmi les perforations postérieures du duodénum, une part importante devait être attribuée aux perforations par ulcus ; car si les ruptures traumatiques sont relativement fréquentes sur la troisième portion duodénale, elles sont infiniment plus rares sur la première et la deuxième portions qui sont, elles, le lieu de prédilection des ulcères.

Si, d'autre part, nous ne pouvons établir une statistique des perforations traumatiques, il nous a paru intéressant de savoir dans quelles proportions approximatives il existe des ulcères postérieurs, et dans quelles proportions encore ces ulcères peuvent se perforer en dehors de la cavité péritonéale.

Si nous nous rapportons aux auteurs, GUTMANN nous dit :

« L'immense majorité des ulcères duodénaux est
« sur le bulbe ; on peut cependant en voir sur le
« genu superius, la localisation sur la partie descen-
« dante étant exceptionnelle. »

MONDOR, sur ce même sujet, cite :

« Sur l'estomac et le duodénum, la plupart des per-
« forations sont antérieures, mais les perforations
« postérieures ne sont pas exceptionnelles ; quant
« aux perforations duodénales rétro-péritonéales,
« elles sont extrêmement rares, et lorsqu'elles se
« produisent, sont rapidement bouchées par un des
« organes auxquels le duodénum adhère en arrière,
« et donnent alors des suppurations localisées, soit
« lombaires, soit rétro-cæcales. »

Ces deux citations montrent bien déjà la plus grande fréquence des ulcères sur le début du duodénum, et semblent considérer comme tout à fait exceptionnel le cas d'un ulcus cheminant en arrière du péritoine.

Considérons maintenant les statistiques déjà établies :

Dans son rapport général sur les ulcus perforés à la Société Nationale de Chirurgie, du 17 octobre 1923, HARTMANN, sur soixante et onze ulcères du duodénum, en cite trois siégeant sur le *genu superius* et sur la deuxième portion.

Pour HOUDARD, la fréquence des ulcères sur la deuxième portion est de un pour treize ulcères duodénaux en général, et, dit-il, « la perforation en péritoine libre semble plus exceptionnelle pour la perforation de la deuxième portion ».

Dans des études statistiques récentes (1938), Sidney A. PORTIS et R. H. JAFFE, dans le *Journal of the American Medical Association*, donnent le compte rendu de neuf mille cent soixante et onze autopsies faites au Cook Country Hospital de Chicago. Ils citent cent cinquante-huit cas d'ulcères du duodénum, et les répartissent comme il suit :

41,1 % sur les cinq premiers millimètres.

23,4 % du cinquième au dixième millimètres.

19,6 % du dixième au vingtième millimètres.

10,7 % du vingtième au cinquantième millimètres.

5 % sur la deuxième portion (sus-vatérienne).

Cette statistique, basée sur de nombreux cas, con-

firme bien l'opinion classique prouvant la diminution des possibilités d'ulcus à mesure qu'on avance sur l'anse duodénale.

Mais ici les auteurs nous parlent des ulcères duodénaux en général et n'ont pas établi de statistiques sur la fréquence des ulcères de la paroi postérieure. Il nous faut pour cela nous reporter aux travaux de Henry COLLIN qui, sur cent seize cas d'ulcères du duodénum, en trouve quarante-cinq sur la face postérieure, et soixante et onze sur la face antérieure.

Ces études, malgré la faible proportion des ulcus siégeant après vingt millimètres en zone dépéritonisée (deux derniers chiffres du tableau de PORTIS), montrent peut-être la petite fréquence des ulcères postérieurs après vingt millimètres sur le duodénum, mais prouvent aussi leur existence, et par conséquent la nécessité d'envisager l'éventualité de leur rupture en arrière du péritoine.

Nous allons voir aussi que, même sur les premiers centimètres du duodénum, siège de prédilection des ulcères, la perforation rétro-péritonéale n'est pas impossible. En effet, dans certains cas de duodénum fixé, à première portion très brève, le péritoine, comme nous l'avons vu dans l'anatomie, se réfléchit avant de recouvrir la face postérieure de l'anse, laissant celle-ci sans péritoine, et par conséquent pouvant être le siège d'une perforation rétro-péritonéale.

Dans le cas inverse, le plus fréquent, de duodénum mobile, le péritoine descend sur la face antérieure et sur la face postérieure de l'anse, et enveloppe celle-ci complètement, avant de se réfléchir pour aller for-

mer l'arrière-cavité des épiploons. La face postérieure de l'anse étant alors au milieu de la cavité péritonéale, sa perforation ne paraît possible que dans cette cavité.

Or, même dans ce cas, nous avons trouvé dans la littérature deux observations qui seront rapportées plus loin (Observations n° 7 et n° 8), et qui montrent la possibilité pour un ulcus calleux à évolution lente de se forer un passage au travers des adhérences préformées par accolement des deux feuillets séreux jusque dans le rétro-péritoine, provoquant alors les accidents connus sans déterminer de péritonite généralisée.

On voit toute l'importance de ce dernier fait qui prouve dès lors la possibilité qu'a tout ulcus calleux de la face postérieure du duodénum de cheminer jusqu'en arrière de la séreuse pariétale postérieure.

Nous basant alors sur la notion classique, et prouvée par les statistiques de MONDOR et LAURET, que, un dixième des ulcères duodénaux se compliquent de perforation, nous en avons déduit :

Que, un quart environ des ulcères duodénaux pouvait siéger sur la face postérieure de cette anse.

Que 10 % de ceux-ci pouvaient se compliquer de perforation ;

Que tout ulcus de cette face était à même, suivant son évolution, de faire irruption en arrière du péritoine pariétal postérieur ;

Que cette voie devenait obligatoire pour le cinquième environ des ulcères de la face postérieure qui siègent après les deux premiers centimètres, et éven-

tuelle, mais excessivement rare, pour les quatre cinquièmes restant et qui siègent sur les deux centimètres proximaux ;

Enfin, que cette rupture pouvait provoquer une complication infectieuse ou hémorragique capable d'amener la mort si le diagnostic rapide n'en commandait un traitement immédiat.

Ces chiffres n'ont en eux-mêmes qu'une valeur relative, et ces études statistiques n'ont en somme qu'un intérêt : celui de montrer que l'existence des ulcus postérieurs du duodénum n'est pas si exceptionnelle, et que par suite de la situation anatomique de cet organe, le risque de perforation rétro-péritonéale doit être envisagé plus souvent peut-être qu'on ne serait tenté de le faire d'après les données classiques. Et si l'on en croit Gustaf PETREN, de l'Université de Lund (Suède), le fait que des cas semblables sont si rarement rapportés tient à ce que le diagnostic est souvent resté hésitant, jusqu'au moment où seule une vérification d'autopsie aurait pu confirmer ce diagnostic, et, dit-il, « chaque chirurgien... connaît bien certains de ces phlegmons rétro-péritonéaux du côté droit dont l'origine reste obscure, et qui d'ailleurs guérissent quelquefois par simple drainage. »

Dans un grand nombre de ces cas, PETREN pense que la source de l'infection est l'ulcère du duodénum, et que si on y songeait plus souvent, on se rendrait compte que la perforation en arrière n'est pas si rare.

CHAPITRE III

LES ABOUTISSANTS DE LA PERFORATION EN ARRIERE DU PERITOINE

Nous venons d'étudier le siège, les causes, le pourcentage des perforations duodénales extra-péritonéales. Nous avons vu que l'espace rétro-péritonéal droit était indépendant de la cavité péritonéale, et que ses parois pouvaient se décoller l'une de l'autre, selon un plan de clivage absolument exsangue.

Nous allons voir maintenant ce que va devenir une collection faisant irruption dans cet espace cellulaire.

Cette collection pourra décoller les parois anatomiques qui l'enserrent, et se glisser alors entre ces parois jusqu'en des régions plus ou moins éloignées.

C'est l'étude de ces migrations et des régions qui sont l'aboutissant de ces migrations qui fera l'objet de ce chapitre.

Plusieurs hypothèses sont ici à envisager, suivant la direction empruntée par la collection, c'est-à-dire suivant le sens où le clivage sera le plus aisé chez le sujet considéré.

Nous basant alors sur les observations signalées dans la littérature, et que nous reproduisons plus loin, nous classerons ces propagations en trois groupes différents :

- 1° Les migrations vers la loge rénale ;
- 2° Les migrations rétro-pancréatiques ;
- 3° Les migrations vers la fosse iliaque droite.

I. — Les migrations vers la loge rénale droite.

La loge rénale droite est évidemment la plus directement exposée, ses deux feuillets postérieur et antérieur ne sont pas accolés sur le bord interne du rein droit, et par conséquent ouvrent grandement l'entrée de la loge à une collection fusant en arrière du péritoine à ce niveau. L'envahissement de la loge rénale droite semble donc inévitable.

La collection septique arrivant ainsi dans la graisse périrénale déterminera alors un phlegmon périnéphrétique.

C'est là évidemment le cas le plus fréquent. Nous en reproduisons ultérieurement cinq observations puisées dans la littérature, et y joindrons la nôtre qui répond exactement à cette hypothèse.

II. — Les migrations rétro-pancréatiques.

La face postérieure du duodéno-pancréas est, comme nous l'avons vu, en rapport avec des organes très important : veine porte, veine cave inférieure, ganglions et canal cholédoque. Une perforation se faisant donc sur la face postéro-interne du duodénum ou sur son bord gauche peut, si elle ne se dirige pas directement vers la loge rénale, suivre la voie tracée

en arrière du pancréas et s'infiltrer dans les tissus le séparant de la paroi abdominale postérieure.

La collection arrivera alors au contact des ganglions et surtout des vaisseaux veineux importants, déterminant un phlegmon rétro-péritonéal, dont la complication toujours à redouter est l'ulcération et la perforation de la veine porte ou de la veine cave inférieure. Deux observations vérifieront cette hypothèse.

On peut cependant supposer qu'un certain nombre de cas semblables n'aient pas été diagnostiqués comme d'origine duodénale, bien que se rattachant à un ulcus perforé de cette région, spontanément obli-téré.

III. — Les migrations vers la fosse iliaque droite.

Au moins aussi fréquentes que les précédentes, les migrations en arrière du côlon ascendant et du cæcum nous paraissent anatomiquement possibles, surtout dans les cas où le méso a une insertion assez large pour permettre la fusée de l'abcès entre ses deux feuillets ; et à plus forte raison dans le cas où le côlon ascendant et le cæcum sont eux-mêmes presque extra-péritonéaux.

Ce genre de migration sera surtout dû aux perforations basses, en-dessous de l'insertion du mésocôlon transverse, dans la deuxième portion du duodénum. Ce seront en général des trouvailles d'intervention, la similitude de la symptomatologie avec celle de l'abcès appendiculaire ayant fait intervenir par voie iliaque droite.

Deux observations de ce cas illustreront cette hypothèse, qui sera encore confirmée par une troisième observation, après perforation traumatique.

Nous voyons donc que, quelle que soit la migration de ces abcès, elle se fera à une assez grande distance de la perforation, et qu'elle développera dans la région atteinte une symptomatologie spéciale attirant l'attention non pas sur la lésion originelle, mais d'abord sur sa complication, avec d'autant plus de raisons d'ailleurs que c'est la complication elle-même qui sera en général la plus bruyante.

CHAPITRE IV

LES OBSERVATIONS — LA SYMPTOMATOLOGIE

Avant d'étudier la symptomatologie, il nous a semblé préférable d'exposer notre observation, ainsi que celles que nous avons pu relever dans la littérature à ce sujet, et qui nous ont paru assez nettes pour pouvoir tirer des conclusions sur la pathologie d'une telle lésion.

Nous avons pour cela largement puisé dans la thèse du Docteur Quiquemelle, qui nous fournit ce que la littérature lui avait apporté jusqu'en 1919. Nous y avons ajouté les observations que nous avons pu recueillir depuis cette date.

Nous avons alors essayé de les classer d'après les complications constatées et présentons ainsi :

1° Six observations de perforation à évolution péri-néphrétique ;

2° Deux observations de perforation à évolution rétro-pancréatique ;

3° Deux observations de perforation à évolution rétro-cæcale.

I. — OBSERVATIONS

A. — PREMIER GROUPE

Observations de perforations à évolution périnéphrétique.

OBSERVATION I

Perforation. Phlegmon périnéphrétique incisé. Guérison. Observation personnelle recueillie dans le service de chirurgie du Docteur JEAN.

M. A..., 30 ans, entre à l'hôpital, pendant la contre-visite du soir, pour syndrome douloureux de l'étage supérieur de l'abdomen. Ce syndrome est apparu brusquement, il y a deux jours, provoquant des douleurs irradiées dans l'épaule gauche. Vomissements incessants qui se calment depuis quelques heures, alimentaires d'abord, puis bilieux. Le malade est très déprimé. Facies tiré. Pouls rapide.

A l'examen, on note une contracture de toute la région sous-hépatique ; la fosse iliaque droite reste souple et indolore. La douleur à la pression est nettement du côté droit de l'étage sus-ombilical, sans qu'on puisse dire si elle est sur la vésicule ou sur la ligne médiane. Pouls 120. Température 38.

Il ne s'agit sûrement pas d'une appendicite, et on a l'impression d'une perforation d'ulcus pyloro-duodénal ; mais la matité hépatique est conservée, même dans la

région juxta-sternale des espaces intercostaux ; de plus, il est bien extraordinaire qu'une perforation n'ait pas donné une péritonite généralisée, ou tout au moins une péritonite du sinus pariéto-colique droit.

Toucher rectal : douglas indolore et souple.

Un seul diagnostic paraît possible : péritonite sous-hépatique d'origine vésiculaire ou ulcéreuse.

Ce dernier diagnostic semble aussi être confirmé par le malade qui nous décrit dans ses antécédents un syndrome ulcéreux typique avec douleurs tardives et longues périodes d'accalmie...

Il a déjà eu une crise analogue, il y a deux ans, qui a duré quelques heures. Aucun passé vésiculaire, ni ictère, ni coliques hépatiques.

Le début de la crise remontant à plus de deux jours, l'intervention est discutée, et, se basant sur les dires du malade qui s'observe bien, et déclare être nettement mieux, et sur le fait que les vomissements se calment, on décide de ne pas intervenir. Le malade est laissé à la diète absolue, avec glace sur le ventre et goutte à goutte rectal.

Le lendemain, le malade est mieux. Le pouls s'est ralenti aux alentours de 100. Les vomissements ont cessé. La contracture persiste encore, mais le ventre n'est plus « de bois ». L'expectative est continuée dans les mêmes conditions que la veille.

Deux jours après la contracture a complètement disparu, et le malade est mieux. On peut alors palper l'abdomen. La douleur siège dans la région sous-hépatique, assez en dehors, au-dessous et en dehors du point cystique.

La radiographie ne montre aucun signe anormal du côté de l'estomac et du pylore. L'évacuation du contenu gastrique est rapide, le bulbe est un peu déformé, mais surtout attiré à droite où, du côté du génus supérius, on

distingue mal l'évacuation, et où il subsiste une tache résiduelle. Le duodénum en dessous paraît sinueux. Toute la région est douloureuse à la pression. Le radiographe pense à une péri-duodénite post-ulcéreuse.

Une intervention est alors envisagée pour une date prochaine ; intervention qui sera probablement une gastro-entérostomie, ou une gastrectomie pour exclusion du duodénum, l'ulcus siégeant bien loin pour qu'une excrèse complète soit possible.

Le malade sollicite d'ailleurs une opération qui le soulagera.

Dix jours après, apparition de température avec douleur lombaire droite. Cette température se continue désormais à grandes oscillations, 37,8 le matin ; 39,8 le soir. Une formule leucocytaire montre une hyperleucocytose, avec polynucléose à 80 %. La région lombaire droite n'est pas empâtée ; la fosse lombaire n'est pas contracturée, mais il y a une douleur suraiguë à la pression dans l'angle ilio-costal droit.

Il devient donc probable qu'une collection purulente profonde est apparue, et on essaie alors d'établir une relation de cause à effets entre la maladie actuelle et ce qui paraît en être la complication.

Puisque le malade fait un ulcus duodénal confirmé cliniquement et radiographiquement, et que cet ulcus, au cours de la crise aiguë, s'est certainement fissuré ou perforé sans donner une péritonite généralisée, il est probable que cette fissuration ou perforation s'est faite en dehors de la grande cavité dans des adhérences pré-existant, ou plutôt dans la zone extra-péritonéale du duodénum, donc en avant du rein droit et près de son bord interne. Si donc, un abcès s'était formé à la suite de cette perforation ou fissuration, il devrait siéger en avant du rein et près de son hile.

Une intervention est donc décidée, sous anesthésie

para-vertébrale (D 9 à L 1), le malade étant épuisé, complétée par une infiltration de la ligne d'incision.

Incision classique de néphrectomie, le rein droit est découvert : rien en arrière. On décolle le bord externe, puis la face antérieure, et on évacue un abcès siégeant derrière le duodénum, en avant du tiers interne du pôle supérieur du rein ; cavité grande comme une noix sèche environ.

Pus sans odeur contenant divers germes : staphylocoques, entérocoques ; aucun anaérobie.

Un drain est laissé en place, et pendant quelques jours on redoute l'apparition de liquides duodénaux qui auraient obligé à intervenir secondairement. Mais la fièvre tombe, et le malade guérit simplement.

Depuis, le malade a changé de résidence. On a pu cependant avoir de ses nouvelles : des examens radiographiques ont été effectués plus récemment, et montrent toujours la déformation du duodénum dans la région indiquée. Aucun accident ultérieur n'a été signalé.

Voilà donc l'observation du cas qui motive notre thèse. En résumé, ce malade présentait une perforation d'ulcus extra-péritonéal du *genu superius*, ulcus de la face postérieure qui donna cette symptomatologie, bien imprécise au début, qui évolua en deux temps : temps intestinal, temps de la complication périnéphrétique.

OBSERVATION II (1)

Perforation. Phlegmon périnéphrétique. Mort.

L'auteur rapporte l'observation de Mme T..., 50 ans,

(1) QUIQUEMELLE, *Thèse de Paris*, 1919.

qui présente une vive douleur dans la région droite de l'abdomen.

Le diagnostic de colique hépatique étant posé, un traitement calmant avec compresses et opium est institué.

Le mauvais état général persistant, la température n'étant pas élevée, et les signes pulmonaires étant notés à la base droite, on pense à un épanchement pleural, et on ponctionne sans ramener de liquide.

Trois jours plus tard, la symptomatologie semblant émigrer dans le flanc droit, avec nausées et vomissements, un chirurgien est appelé pour la possibilité de phlegmon périnéphrétique.

La malade est opérée quatre jours plus tard : phlegmon périnéphrétique important, avec débris sphacelés faisant penser à une origine intestinale ; mais aucune portion intestinale n'étant alors soupçonnée, on laisse deux drains et on ferme.

Les jours suivants, la malade baigne dans un liquide verdâtre semblable à de la bile ; on donne alors à la malade un verre de liquide, et on constate une issue abondante de liquide par la plaie presque aussitôt.

Les bords de la plaie étant détergés, on a pu se rendre compte qu'il s'agissait d'un ulcus de la portion descendante du duodénum dont on ne put tenter la suture, l'état général étant trop précaire.

Quelques jours plus tard, le dénouement se précipitait.

OBSERVATION III (1)

Perforation en arrière. Phlegmon périnéphrétique incisé.

(1) PERRY SHAW : *On Diseases of the Duodenum* *Guy's Hospital, report*, vol. 50, 1894, p. 270.

M. G.D..., 32 ans, présente des douleurs abdominales violentes, avec vomissements, cinq semaines avant son admission à l'hôpital de Traellbor. Trois jours après, pleurésie droite.

Œdème douloureux de l'abdomen et du flanc droit. Paroi abdominale tendue et donnant la sensation de plénitude. Pas d'ascite. Pas de fièvre.

Le quatrième jour, incision iliaque droite donnant issue à un quart de litre de pus environ.

Dix jours après, ouverture d'un nouvel abcès dans l'aîne gauche.

Le douzième jour, nouvel abcès inguinal droit ; suppuration de quatre mois ; mort.

Autopsie : collection purulente autour du rein droit ; ulcus perforé sur la face postérieure du duodénum (D 2), au milieu environ.

OBSERVATION IV (2)

Phlegmon périnéphrétique ouvert spontanément à la peau.

Homme de 45 ans. Douleur continuelle du rebord costal droit, accompagnée de vomissements.

Un an après, on observe dans la région inguinale droite une tumeur arrondie qui semble se résorber spontanément.

Six mois après : réapparition de la même tumeur qui s'accroît et s'ouvre à la peau, laissant sourdre une quantité de liquide brun très fétide. Le hasard fait que le malade aperçoit sortir de la plaie des grains de raisins qu'il a mangés une heure auparavant.

(2) WAGNER : *Munich Medical Wochenschrift*, 1901, p. 1388.

Il entre à l'hôpital de Hanau (Allemagne), le 14 février 1901. Etat général mauvais. Ventre normal non douloureux. Pas de fièvre.

Le malade refuse une intervention, et meurt le 1^{er} avril.

Autopsie : ulcère perforé sur la paroi postérieure du D 2 communiquant avec la fistule inguinale.

OBSERVATION V (1)

Phlegmon périnéphrétique incisé. Mort.

Madame A. A..., 32 ans, infirmière à l'hôpital de Joenkoopings.

A souffert d'une pleurésie droite trois ans auparavant.

Actuellement, douleur gastrique depuis trois semaines après le repas. Anorexie. Quelques frissons.

Entrée le 1^{er} août à l'hôpital. Température 39,5. Pouls 110. Syndrome douloureux de la partie inférieure de la fosse rénale droite. Vomissements incessants. Masse nette dans le côté droit de l'abdomen.

Le 12 août, intervention pour phlegmon périnéphrétique (incision para-rectale droite haute) : cavité abdominale indemne ; la masse est rétro-péritonéale.

Foyer abcédé péri-néphrétique droit. Rein intact. Drainage.

Le 15 août, pneumonie droite. Mort.

Autopsie : l'abcès avait pour cause un ulcère perforé de la partie moyenne et postérieure de D 2, qui a fusé en avant du rein droit.

(1) PETREN : *Beitraege zur Klinische Chirurgie*, 1911, p. 453.

OBSERVATION VI

Phlegmon périnéphrétique incisé. Gastro-entérostomie. Guérison. (Observation due à l'obligeance du Docteur JOURDAN).

M. P..., architecte, présente en 1924, un phlegmon périnéphrétique d'origine indéterminée et à évolution imprévisible. Intervention. Suites normales. Guérison.

Antécédents dyspeptiques signalés par le malade et persistant après cette intervention.

En 1927, aggravation de la dyspepsie, amaigrissement prononcé et rapide ; crises gastriques douloureuses fréquentes (étiquetées crises gastriques du tabès et traitées en conséquence).

L'état général s'aggravant de jour en jour, et le malade s'acheminant petit à petit vers une cachexie prononcée, une consultation chirurgicale est décidée. Le chirurgien pense immédiatement à une sténose d'origine ulcéreuse et intervient le lendemain.

Intervention, anesthésie locale : « sténose cicatricielle par un ulcus du duodénum siégeant sur la deuxième portion » ; gastro-entérostomie ; résurrection.

Ce cas est ici bien incertain. Il nous a paru cependant intéressant de le rapporter, car le malade avait présenté un phlegmon périnéphrétique sans qu'aucune étiologie n'ait pu être mise en cause ; on peut donc interpréter ce cas de phlegmon comme étant dû à une fissuration de l'ulcus duodénal, qui ne s'est lui-même manifesté violemment que par la suite.

On peut admettre en effet que l'ulcus postérieur se soit oblitéré spontanément et ne se soit manifesté que plus tard, par une sténose cicatricielle.

B. — DEUXIEME GROUPE

Observations de perforations à évolution rétro-pancréatique.

OBSERVATION VII (1)

Chez un malade présentant un état général précaire, l'hépto-mégalie, l'ascite avaient fait penser à un cancer compliqué de métastase, ou à une angiolite avec cirrhose infectieuse.

Un examen radiologique avait montré la présence d'un ulcère duodénal, sans qu'on ait fait de rapprochement étiologique entre cette lésion et le syndrome portal.

A l'autopsie, on découvrit l'existence d'un ulcère térébrant postérieur, creusant dans la veine cave qui est englobée dans un bloc séreux.

Il n'existe pas de fistule duodéno-portale. Il y a dans le foie de nombreux foyers abcédés. La veine porte contient de nombreuses embolies infectées.

OBSERVATION VIII (1)

Un jeune homme de 19 ans, présentant une bonne santé jusque là, souffre depuis quelques mois, de douleurs et de tiraillements dans la région gastrique, une à deux heures après le repas.

(1) ROBERTS et A. J. NADLER (Boston) : *Journal of the American Medical Association*, vol. 109, n° 20, 13 novembre 1937, pp. 1629-1631.

(1) Kraus *Das Perforierende Geschwur in Duodenum*, Berlin, 1865, p. 33.

Soudainement, il a présenté des symptômes douloureux aigus, et il meurt peu de jours après.

L'autopsie montre une perforation d'ulcus sur la face postérieure du duodénum, avec fusée mal limitée sur la face antérieure du rein droit, et fusée très nette jusque sur les gros vaisseaux.

C. — TROISIEME GROUPE

Observations de perforations à évolution rétro-caecale.

OBSERVATION IX (2)

M. B... J.-B, 63 ans, entre à l'hôpital de Traellorg pour douleurs abdominales paroxystiques remontant à l'âge de 15 ans, avec brûlures et vomissements, hématurie, albuminurie.

On note dans les antécédents, un excès fréquent de boisson.

Au début de janvier 1912, ces troubles s'aggravent, et les douleurs augmentent du côté droit de l'abdomen, avec une température de 40,9. Quelques vomissements. Frissons et faiblesse.

Le malade se décide alors à entrer à l'hôpital en février.

A son entrée, température 40. Pouls 110/120. Albuminurie. Evacuation difficile des matières et des gaz. Abdomen non dilaté mais à paroi tendue, sensible à droite, surtout au niveau du rein droit et de la fosse iliaque, où

(2) QUIQUEMEL : *Thèse de Paris*, 1919, p. 22.

l'on palpe une tuméfaction profonde s'étendant jusqu'à deux travers de doigt de l'épine iliaque antéro-supérieure.

Intervention : incision extra-péritonéale donnant issue au niveau de l'épine iliaque à un verre de pus épais sortant d'une cavité nettement extra-péritonéale.

Le malade sort guéri trois semaines plus tard ; le syndrome ulcéreux persiste.

L'auteur commente ensuite cette observation, et, après avoir éliminé les différentes origines, appendiculaires, rénales, péri-rénales et hépato-vésiculaires, se base sur les antécédents pour conclure : « qu'il ne semble pas seulement probable, mais à peu près certain que l'abcès dans ce cas était dû à une perforation d'un ulcère de la paroi postérieure du duodénum ».

OBSERVATION X (1)

Ulcère perforé. Abcès rétro-péritonéal. Mort.

M. W. R., 43 ans, entre à l'hôpital Royal de Manchester, le 3 février 1912. Il a présenté dix jours auparavant une douleur violente dans la moitié supérieure de l'abdomen, suivie de vomissements persistant sans arrêt depuis.

A l'examen, on note une grosse masse inflammatoire descendant dans la fosse iliaque droite. Le reste de l'abdomen est normal.

Incision iliaque droite. Pus abondant brunâtre. Appen-

(1) Gustaf PETREN : *British Medical Journal*, 4 mai 1912.

dice légèrement enflammé ne semblant pas être la cause de l'abcès. Infiltration de la paroi postérieure.

Les jours suivants, écoulement de bile par la plaie. Cachexie progressive.

Laparotomie sus-ombilicale. Décollement par incision du péritoine pariétal postérieur de D 2, qui montre sur sa face postérieure, à 25 millimètres du point initial de D 2, une perforation admettant le bout de l'index. Fermeture de la perforation. Gastro-entérostomie postérieure et fermeture du pylore par ligature.

Décès quelques jours après, malgré intervention très rapide.

A ces observations de perforations d'ulcus, nous avons ajouté ces résumés de quatre observations qui rapportent des cas de ruptures traumatiques du duodénum. Bien que ces quatre cas paraissent nous faire sortir de notre sujet, il nous a paru intéressant de les exposer brièvement, car ils permettront par leur évolution rétro-péritonéale de tirer des conclusions qui peuvent également se rapporter aux cas de perforations d'ulcères du duodénum.

OBSERVATION XI (1)

Le 14 novembre 1930, M. C..., 23 ans, est pris entre camion et remorque. La pointe inférieure du thorax et le creux épigastrique supportèrent le traumatisme.

Cinq heures après l'accident, il est en excellent état. Pouls bien frappé : 75 pulsations à la minute. Facies

(1) LAFFITTE (de Niort) : *Société Nationale de Chirurgie*, 26 décembre 1932.

coloré. Température normale. Aucun vomissement. Abdomen légèrement sensible, mais souple, sans aucune contracture.

Trois heures après (huit heures après l'accident), le blessé est revu. L'état général est toujours excellent, mais la région de l'hypocondre droit présente une défense nette. On décide alors d'intervenir.

Intervention neuf heures après l'accident, laparotomie médiane. Aucune lésion n'est constatée ; seule, la première portion du duodénum est un peu violacée ; mais la palpation montre l'intégrité de l'épaisseur habituelle du tube digestif.

Cependant, la moitié inférieure de la région pancréatico-duodénale est occupée par une sorte d'œdème mou qui soulève le côlon transverse ; et la troisième portion du duodénum présente en son centre une coloration vert cendre caractéristique, sous-séreuse.

Le péritoine est alors effondré à ce niveau, et après avoir traversé une couche cellulo-œdémateuse, on tombe sur un éclatement des tuniques musculo-muqueuses dans leur totalité, avec orifice admettant la pulpe de l'index, suture de la paroi en un plan.

Le malade sort guéri et est revu deux ans après ; il présente des signes cliniques et radiologiques rassurants.

OBSERVATION XII (1)

Un jeune homme de 23 ans, dans une partie de sport, reçoit un coup de genou dans la région épigastrique. Il était alors à jeun.

Cinq heures après : température 36,8, pouls 96 ; ma-

(1) GIORDANO (D.) (Venise) : *Journal de Médecine et Chirurgie pratiques*, 25 octobre 1930, pp. 753-755.

tité hépatique conservée. Pas de signe d'épanchement dans la grande cavité abdominale. Mais l'état général indique une lésion viscérale certaine, d'où :

Intervention : A l'incision de la paroi, il se dégage quelques bulles gazeuses, mais on ne constate dans le péritoine aucun épanchement de sang ni de matières alimentaires.

En soulevant le côlon transverse, on constate une infiltration hémorragique finement crépitante le long du côté droit de la partie profonde du duodénum. Après avoir éraillé, le péritoine sur l'infiltration hémorragique péri-duodénale, on arrive sur une déchirure large comme un écu dans la troisième portion du duodénum. Le tissu cellulaire autour de la déchirure est déjà gangrené et gris verdâtre.

Ces tissus gangrenés sont excisés, et la déchirure suturée transversalement en trois étages de catgut. On laisse une mèche en contact avec la suture, on draine et on ferme.

Suites normales : guérison, malgré la gangrène du tissu cellulaire déjà produite vers la sixième heure, ce qui fait bien prévoir quel aurait été le résultat si l'intervention avait été renvoyée.

OBSERVATION XIII (1)

Un soldat de 29 ans reçoit un coup de pied de cheval au niveau de l'épigastre.

Une heure après, le ventre est souple, sans contracture ni nausées, et le pouls est normal.

Trois heures après, le tableau change : le pouls s'accé-

(1) DRUNER (Quierscheid) : Zentralblatt für Chirurgie, t. LIX, N° 31, juillet 1932, pp. 1865-1867.

lère, le facies se tire, le ventre est dur, rétracté en bateau, le blessé a des nausées.

On intervient alors, et l'on trouve sur la partie supérieure du duodénum une tache verdâtre sous-séreuse avec une perforation grande comme une tête d'épingle.

Suture de la perforation. Gastro-entérostomie postérieure. Mort le lendemain..

Autopsie : auto-digestion de la seconde partie du duodénum avec perforations multiples et *phlegmon rétro-colique droit*.

OBSERVATION XIV (1)

Un jeune garçon de 14 ans, ayant fait une chute de quatre mètres de haut, présente une douleur abdominale violente avec vomissements.

Intervention six heures plus tard : tache verdâtre sur le péritoine pariétal postérieur, qui est emphysémateux et œdématié.

Déchirure postérieure du duodénum. Fermeture avec un drain pendant cinq jours.

II. — ETUDE DES OBSERVATIONS

De la lecture de ces différentes observations, paraissent se dégager certains caractères qu'il semble bon de mettre en évidence, et d'où découlera la symptomatologie spéciale de ces cas.

(1) I. PEDISIC (Sisak, Yougoslavie) : *Zentralblatt für Chirurgie*, 11 janvier 1930, pp. 82-83.

A. — Premier caractère.

Le drame abdominal est moins net et moins effrayant que lorsque la perforation se fait directement jour dans la cavité péritonéale. La symptomatologie en est parfois si atténuée qu'elle a pu passer inaperçue (Observation n° 6), ou a été si fruste qu'elle n'a pas nécessité la consultation d'un médecin (Observation n° 4).

L'évolution de ce drame est aussi bien moins rapide. — Nous le voyons évoluer avant d'arriver à l'état péritonéal, ou pseudopéritonéal, dans l'observation n° 1, en deux jours ; dans l'observation n° 2, en trois jours ; dans l'observation n° 3, le malade vomit depuis cinq semaines ; le malade n° 5 souffre depuis trois semaines ; le malade n° 9 souffre depuis le mois de janvier, et ce n'est qu'en février qu'il se décide à aller à l'hôpital de Traellborg ; chez le malade n° 10, le drame abdominal s'effectue sans péritonite généralisée, et ce n'est que dix jours après que l'on constate une tuméfaction iliaque droite extrapéritonéale.

Notons que dans la plupart de ces cas, il n'y avait *pas de signe d'épanchement dans le péritoine*, et qu'aucun renseignement n'était fourni par la percussion (conservation de la matité hépatique, absence de matité dans les flancs).

Enfin, dans les cas de rupture traumatique, on voit les malades beaucoup moins choqués qu'au cours des ruptures dans la grande cavité. Ils ont tous un excellent état général, et le syndrome abdominal ne commence à apparaître : chez le malade n° 11 que huit

heures après le choc ; chez le malade n° 12, cinq heures après ; chez le n° 13, trois heures après ; et chez le n° 14, six heures après.

Et MONDOR, qui rapportait le cas du malade n° 11 à la Société Nationale de Chirurgie (21 décembre 1932), disait :

« Cette observation nous semble intéressante..., car
« la lésion a évolué à bas bruit, les signes d'alarme
« ne se manifestant que huit heures après le trauma-
« tisme, l'intervention ayant lieu dès les premiers si-
« gnes d'alarme (défense de la paroi, et non ventre
« de bois). »

B. — Deuxième caractère.

La complication n'est pas immédiate, et est précédée d'une sédation des phénomènes généraux.

En effet, dans notre observation n° 1, nous voyons les phénomènes généraux s'amender progressivement en quarante-huit heures, au point que l'intervention est retardée. Dans les autres observations, l'état général reste au moins stationnaire, jusqu'au moment où apparaît la complication ; complication qui se produit du quatrième jour (Observation n° 2) jusqu'à plusieurs semaines après (Observation n° 4), mais qui, en général, apparaît du sixième au quinzième jour (Observation n°s 1, 3, 5, 9 et 10).

Dans deux cas seulement, la complication est survenue immédiatement : il s'agit ici des observations de perforation à évolution rétro-pancréatique (Observations n°s 7 et 8). Dans ce cas, la contamination de proche en proche a été immédiate, puisque la région

intéressée est en contact direct avec la zone perforée de l'anse duodénale, et d'autre part, le dénouement en a été d'autant plus rapide que l'abcès a intéressé les gros vaisseaux pré-vertébraux, veine cave et veine porte.

Ces observations n^{os} 7 et 8 rapportent en effet le cas d'ulcères térébrants qui, évoluant dans la zone rétro-duodénale, se sont propagés jusqu'à la veine cave, sur laquelle ils ont provoqué une ulcération fatale.

Ces deux observations ne sont donc intéressantes ici que parce qu'elles montrent la possibilité qu'à un ulcère calleux postérieur du bulbe duodénal de se perforer et de se propager à travers le péritoine duodénal et le péritoine pariétal postérieur accolés en un simple fascia par les adhérences inflammatoires.

Par ces adhérences inflammatoires en effet, la cavité péritonéale a été supprimée en arrière du bulbe duodénal, et un ulcère se rompant à ce niveau ne pourra donc intéresser la grande cavité, et sera directement dirigé en arrière du péritoine pariétal postérieur, ainsi que nous l'avons déjà envisagé à notre chapitre n^o II.

C. — Troisième caractère.

La symptomatologie de la complication est plus bruyante que celle de la lésion elle-même.

C'est le cas de notre malade n^o 1 pour lequel, seule la complication a obligé à intervenir, malgré un état général précaire.

C'est aussi le cas du malade n^o 2, chez lequel la lé-

sion initiale avait fait penser aux coliques hépatiques, et chez qui, par conséquent, la défense abdominale ne devait pas être très nette ; pour ce malade donc, ce n'est encore qu'un phlegmon péri-néphrétique évoluant à grand fracas qui a fait décider de l'intervention.

Le malade n° 3 n'est aussi opéré que parce que les abcès inguinaux et iliaques le commandent. Quant à la lésion elle-même, elle n'est vraiment diagnostiquée qu'à l'autopsie.

Le malade n° 4, lui, n'est venu voir le médecin que pour une tuméfaction inguinale s'ouvrant à la peau, alors que son ulcus initial ne l'avait pas inquiété au point de consulter.

Il en est à peu près de même pour les malades des observations n°s 9 et 10 ; quant à notre malade n° 6, l'attention a d'emblée été attirée par une symptomatologie de phlegmon péri-néphrétique.

D. — Quatrième caractère.

Cas particulier des ruptures traumatiques.

Dans ce cas, le traumatisme attire l'attention sur la possibilité de rupture, et facilite ainsi le diagnostic qui, faisant intervenir immédiatement, ne laisse pas le temps aux complications de s'installer.

Une seule exception est à noter (Observation n° 13) : ce cas montre un phlegmon rétro-colique droit se déclarant avec une rapidité foudroyante (trois heures après la perforation).

Ces observations de rupture traumatique présentent

en outre un grand intérêt au point de vue de la conduite à tenir.

Nous voyons en effet dans le cas n° 12 l'utilité d'une intervention très précoce, car la rupture duodénale s'est effectuée en dessous du canal de Wirsung, qui déverse le suc pancréatique dont l'action nécrotique est foudroyante.

Nous voyons d'autre part, dans cette même observation (n° 12) la présence de bulles gazeuses qui se dégagent de l'ouverture de la paroi, et qui expliquent que MONDOR considère l'emphysème sous-cutané abdominal comme pathognomonique de perforation rétro-péritonéale.

Ces cas de rupture traumatique sont enfin intéressants à un autre point de vue : ils nous donnent des éléments de diagnostic de perforation rétro-péritonéale une fois le ventre ouvert.

Nous trouvons en effet, rapportée dans les quatre observations 11, 12, 13 et 14 la même symptomatologie sur le péritoine pariétal postérieur : œdème mou — emphysème rétro-péritonéal — tache vert cendre à propos de laquelle MONDOR, à la Société Nationale de Chirurgie, le 21 décembre 1932, disait en rapportant le cas n° 11 :

« Il nous semble intéressant d'attirer l'attention sur
« la valeur de cette tache verte (comme test de rup-
« ture duodénale rétro-péritonéale) qui, exception-
« nellement signalée autrefois, semble avoir été ren-
« contrée plus souvent dans le cours des années ré-
« centes. »

Les signes peuvent également se présenter au cours

des interventions pour perforation d'ulcus, et guider ainsi le chirurgien ; c'est ce qui a motivé l'introduction de ces quatre observations dans notre travail.

III. — SYMPTOMATOLOGIE

De l'étude de l'ulcère en général, de sa perforation, et de l'étude des observations, il nous est permis de déduire une symptomatologie spéciale à cette forme de perforation intestinale, symptomatologie qui comprend :

A. — Une symptomatologie ulcéreuse banale trop classique pour que nous nous permettions d'en faire ici la description.

B. — Une symptomatologie de la perforation de cet ulcus, qui aura une *évolution en deux temps* : la perforation elle-même ; la complication de cette perforation.

a) Etude de la perforation elle-même.

Elle comprend :

1° L'épisode de la perforation, avec une symptomatologie fruste *évoluant à peu de bruit*, au point que le diagnostic de perforation est incertain.

Un signe sera pathognomonique, d'après MONDOR : *l'emphysème sous-cutané abdominal*, signe qui n'a qu'une valeur positive, et dont l'absence ne permet pas de repousser le diagnostic de perforation.

2° La régression des symptômes aigus, ou tout au moins une période d'accalmie trompeuse persistant pendant quelques jours.

Si cependant, dans ces premières heures, une laparotomie était effectuée, trois signes importants au cours de l'intervention pourraient se manifester aux yeux du chirurgien, et lui indiquer qu'il s'agit d'une perforation duodénale postérieure :

- L'œdème mou de la paroi postérieure,
- L'emphysème rétro-péritonéal,
- La tache verte.

b) Etude de la période des complications.

C'est la période qui apparaît lorsque la symptomatologie de la perforation intestinale est déjà en partie atténuée.

Ces complications peuvent être de trois ordres différents :

- 1° Phlegmon périnéphrétique,
- 2° Infiltration rétro-pancréatique,
- 3° Abscès de la fosse iliaque droite rétro-cæcal ou même inguinal.

C'est cette période de complication qui est la plus dramatique, et qui va alors en s'aggravant rapidement si une intervention judicieuse n'est pas pratiquée à temps.

Tels sont les quelques faits particuliers relevés dans les différentes observations présentées, qui montrent qu'il s'agit bien là d'un accident spécial avec une symptomatologie spéciale, différente de celle des per-

forations et ruptures en cavité péritonéale ; accidents rares, mais pas exceptionnels, auxquels on devra penser chaque fois qu'une crise abdominale évoluera avec des signes frustes, atypiques, et accompagnés de réactions péritonéales, sans signe d'épanchement dans cette cavité ; surtout si ces signes se manifestent chez un sujet dont le passé gastrique ou intestinal a pu être mis en évidence.

CHAPITRE V

L'ABCES A-T-IL TOUJOURS POUR ORIGINE UNE PERFORATION ?

Cette symptomatologie étant bien établie, il reste à savoir si toutes les perforations d'ulcus en arrière du péritoine peuvent provoquer de tels abcès migrants, et si d'autres lésions ne sont pas susceptibles de provoquer une symptomatologie semblable.

De quel ordre pourraient être ces lésions ?

Éliminons tout d'abord les *fissurations duodénales*, qui ne sont en somme que des perforations déguisées, et en général de cause ulcéreuse.

On peut alors penser aux *adéno-phlegmons rétro-duodénaux* qui, contaminant les tissus de proche en proche, pourraient provoquer de semblables complications.

A ces adéno-phlegmons, nous pouvons supposer deux origines : l'une due à une lésion du duodénum (origine directe) ; l'autre due à un envahissement ganglionnaire propagé par voie lymphatique et venant jusque dans le carrefour ganglionnaire rétro-pancréatique (origine indirecte).

1. — Adéno-phlegmon direct d'origine duodénale.

Revenant à l'anatomie du duodénum, nous voyons que les vaisseaux lymphatiques nés de la muqueuse, après avoir traversé les diverses couches de la paroi intestinale, vont se jeter dans les ganglions qui se disposent le long de la concavité de l'anse intestinale, les uns en avant, les autres en arrière du pancréas.

Ces ganglions postérieurs se trouvent rangés en arrière de D 2, en une chaîne de trois ou quatre ganglions étagés en hauteur, et situés le long des vaisseaux duodéno-pancréatiques.

Il semble donc possible qu'une lésion duodénale accompagnée de péri-duodénite puisse alors amener la contamination de ces ganglions par voie lymphatique, et la production de cet adéno-phlegmon.

Peut-être d'ailleurs était-ce le cas de nos observations n^{os} 1 et 6, puisque lors de l'incision de l'abcès péri-néphrétique, il n'a pas été constaté d'irruption de liquide duodénal dans la plaie opératoire ; de même encore pour notre cas n^o 9, où il n'a pas non plus été constaté d'irruption de ce même liquide dans l'abcès de la fosse iliaque droite.

Peut-être encore pourrait-on étendre ce cas à l'étiologie de certains phlegmons périnéphrétiques évoluant sans cause apparente.

2. — Adéno-phlegmons duodénaux d'origine lymphatique lointaine.

L'anatomie du système lymphatique nous montre que les ganglions duodéno-pancréatiques ne reçoivent

pas seulement la lymphe venue directement du duodéno-pancréas, mais que ce confluent ganglionnaire portal est le rendez-vous de la plupart des lymphatiques du tractus digestif, et que c'est en cet endroit, répondant à l'angle formé par les branches d'origine de la veine porte, qu'aboutissent les collecteurs lymphatiques coliques, gastriques, hépatiques, et ceux de l'intestin grêle.

La partie droite de ce confluent, plus volumineuse que la partie gauche, reçoit spécialement les lymphatiques gastro-colo-entériques droits, et ceux venus de la trompe et de l'ovaire chez la femme, du canal déférent et du testicule chez l'homme.

GRÉGOIRE nous dit à ce sujet : « Les relations lymphatiques entre l'angle iléo-cæcal et le duodénum seraient peut-être susceptibles d'expliquer, aux dires de BRAITHWORTH, les productions de certains ulcères duodénaux ou même de certaines cholécystites post-appendiculaires ».

Avant de produire ces ulcus ou ces cholécystites, on peut admettre la possibilité de la production d'un adéno-phlegmon de cette région, dont l'évolution simulerait alors une perforation duodénale rétropéritonéale.

Ces deux hypothèses compliqueraient évidemment le diagnostic différentiel de notre lésion si la conduite à tenir n'en restait sensiblement la même.

Ce diagnostic n'a donc, au cours de la crise aiguë, qu'un intérêt purement spéculatif, et n'intervient que lorsque, la complication guérie, s'impose alors la thérapeutique étiologique de la lésion.

CHAPITRE VI

CONDUITE A TENIR

Quelle est donc la conduite à tenir lorsqu'on se trouve en présence d'un tel syndrome ?

Plusieurs hypothèses sont ici à envisager. Nous pourrions les classer en deux grandes catégories, suivant le moment où le malade se présentera à nous.

Premier cas :

La perforation a été diagnostiquée et l'on pense avoir affaire à une perforation classique ouverte dans la cavité péritonéale ; la laparotomie effectuée ; on ne trouve pas d'ulcère. Trois signes importants font alors penser à un épanchement de bile, de sang ou de gaz en arrière du péritoine, dû le plus souvent à une rupture postérieure du duodénum : l'œdème mou de la paroi postérieure, l'emphysème rétro-péritonéal, la tache vert cendre sous-séreuse.

On devra alors décoller le duodénum par incision sur le contour duodénal ; du péritoine pariétal postérieur, aller suturer la perforation qui, en général, est sur la face postérieure, et drainer au niveau du duodéno-pancréas.

On envisagera alors la nécessité de faire le plus

souvent une dérivation par gastro-entérostomie, qui devra être effectuée systématiquement, si la sténose consécutive à la suture est vraiment trop prononcée. Si cependant l'état du malade le permet, ou s'il s'agit d'une perforation de la première portion du duodénum, ou de la perforation sus-vatérienne, on pourra alors envisager dans ces quelques cas la possibilité de faire une gastro-duodénectomie.

Les risques de complications : abcès rétro-duodénal, périnéphrétique et adénophlegmon, ne seront cependant qu'en partie éliminés par l'intervention, et une nouvelle voie d'accès, cette fois extrapéritonéale, pourra alors être envisagée pour traiter les complications périnéphrétiques ou rétro-cæcales.

Deuxième cas :

Le diagnostic de perforation est incertain, et l'emphysème sous-cutané abdominal fait défaut pour nous guider ; d'autre part, une amélioration de l'état général a fait retarder l'intervention.

Nous nous trouvons alors au bout de quelques jours en présence de la complication de la perforation, et ici, deux indications sont à remplir : ouvrir l'abcès ; guérir l'ulcus.

a) L'ouverture de l'abcès se fera :

1° S'il s'agit d'un abcès périnéphrétique, par la voie lombaire classique ;

2° S'il s'agit d'un abcès rétro-duodéno-pancréatique, par la voie antérieure transpéritonéale ; nous n'avons en effet pas pu apprécier nous-même la voie d'accès postérieure conseillée par BRAUNE en 1876, et reprise

par W. KRAUSE, qui passe par voie lombaire entre le rein et l'uretère d'une part, et la veine cave d'autre part, pour avoir accès sur la face postérieure du duodénum ; nous n'en pouvons publier d'observation ;

3° S'il s'agit d'un abcès rétro-cæcal, la voie iliaque droite devra être utilisée, tout en restant en dehors de la cavité péritonéale et en arrière du cæcum.

b) La cure de l'ulcus devra ensuite être envisagée en un deuxième temps. Cette cure pourra alors se faire soit par gastro-entérostomie, soit par gastrectomie par exclusion ; soit encore, ce qui paraît être l'idéal, par gastro-duodénectomie.

Il nous faut encore envisager ici le cas où l'abcès-complication étant ouvert, il passe par la plaie un flot de liquide duodénal contenant de la bile ; la cure de la perforation devra être alors envisagée dans un délai plus bref, car on connaît la toxicité du liquide duodénal et son pouvoir digestif sur les tissus, ainsi que le retentissement rapide sur l'état général de la dérivation alimentaire.

Troisième cas :

Le diagnostic aura peut-être été posé, mais les signes généraux s'amendent, et l'infection de voisinage ne se produit pas ; ce qui peut fort bien être envisagé.

L'abstention nous paraît alors être momentanément la meilleure conduite à tenir, et ce n'est qu'ultérieurement, lorsque l'état général du malade le permettra et que l'examen radiographique aura confirmé le diagnostic, qu'on pourra alors proposer l'intervention idéale dans ce cas : la gastro-duodénectomie.

CONCLUSIONS

I. — La perforation rétro-péritonéale du duodénum est relativement peu fréquente.

II. — Elle a pu passer inaperçue plus souvent qu'on ne pense, car sa fréquence semble augmenter avec la période moderne et la précision du diagnostic.

III. — Sa symptomatologie est spéciale, les signes généraux au moment de la perforation sont moins importants que s'il s'agissait d'une perforation dans la cavité péritonéale ; ces signes vont en s'améliorant jusqu'au moment où apparaît en un deuxième temps les complications qui dominent la scène.

IV. — Ces complications peuvent être classées en trois grands groupes :

Suppurations péri-néphrétiques,

Suppurations rétro-duodéno-pancréatiques,

Suppurations rétro-cæcales.

V. — Le diagnostic de cette lésion est difficile, mais deux signes nous permettent d'en affirmer l'existence :

Avant l'intervention : l'emphysème sous-cutané abdominal ;

Pendant l'intervention : la tache vert cendre sous-

séreuse, accompagnée d'œdème et d'emphysème rétro-péritonéal.

VI. — La conduite à tenir sera :

Soit l'intervention immédiate ;

Soit, une fois l'abcès formé, son ouverture et son drainage, et ultérieurement le traitement de l'ulcus lui-même s'il y a lieu, car le simple drainage de l'abcès complication, paraît parfois suffire comme traitement définitif de la perforation de l'ulcus (témoin notre observation) ;

Soit encore l'abstention si les phénomènes généraux s'amendent, et plus tard le traitement de l'ulcus.

VII. — Le pronostic reste incertain et est d'autant meilleur que l'intervention est plus précoce, et que la voie d'accès peut rester extrapéritonéale.

VIII. — Dans les cas de perforation traumatique, la décision d'intervention ne doit pas être retardée, et sera même justifiée par une symptomatologie fruste, car il s'agit là en général de perforation de la troisième portion du duodénum laissant passer la sécrétion pancréatique dont l'action immédiatement nécrosante entraînerait une mort rapide.

BIBLIOGRAPHIE

- ALEXANDER (J. H.). — Perforated Ulcer of duodenum with duodenum fistula. *Atlantic Medical Journal*, 1926, p. 783.
- BAGER. — Contribution à l'étude de l'étiologie, de la clinique et de la thérapeutique des ulcères gastro-duodénaux perforés, avec une enquête sur les résultats éloignés des diverses méthodes opératoires. *Journal de Chirurgie*, t. XXVIII, p. 704, 1929.
- BERG. — *Zentralblatt für chirurgie*, 23 mai 1903, p. 551.
- BERTRAND (Paul), MARTIN (Etienne) et HENRY. — Les perforations postérieures des ulcères gastro-duodénaux. *Société Anatomique de Paris*, séance du 3. XII. 36, p. 1.138-1.142.
- BLASKER. — Rupture traumatique extrapéritonéale du duodénum. *The British Medical Journal*, février 1934, n° 3.815, p. 283-284.
- BOHRER et MILICI (A.). — Fistules duodéno-cutanées. *Annals of Surgery*, juin 1931, vol. XCIII, n° 6, p. 1174-1190.
- BRENNER. — Perforated Ulcers of the duodenum : a report based upon 27 cases. *American Journal of Surgery*, octobre 1927, tome III, n° 4, p. 381.
- Perforated ulcers of the duodenum. *Annals of Surgery*, 1927, vol. 86, n° 3.
- Ulcères perforées du duodénum. *Annals of Surgery Philadelphie*, août 1935, vol. 102, n° 2, p. 185.

- BUTURNEAU, C. BARTH, G. GASTOSCHI. — Ulcère duodénal perforé dans les voies biliaires extra hépatiques. Fistules cholédoco duodénales. *Presse Médicale*, 26 décembre 1936, p. 2.109-2.110.
- CEBALLES. — Choix d'une méthode dans le traitement des ulcères de l'estomac et du duodénum perforés dans le poumon. *Journal de Chirurgie*, tome XLIV, n° 2, août 1934.
- CHATON et STERN. — Tactique opératoire gastro-duodénale. Doin et Cie, 1938.
- CORKLE (H. M.) (San Francisco) et STEVENSON (J.) (Cincinnati). — Emphysème sous-cutané secondaire à une perforation d'ulcère duodénal. *Surgery*, déc. 1937, vol. II, n° 6, p. 930-936.
- COURTY. — Au sujet d'une perforation duodénale par ulcus, avec symptomatologie atténuée. *Journal des Sciences Médicales de Lille*, octobre 1927, n° 43, p. 265.
- DRUNER. — Contusion du duodénum. *Zentralblatt für Chirurgie*, 30. VII. 1932, tome LIX, n° 31, p. 1.863-1867.
- DUCASTAING. — Ulcère perforé de la deuxième portion du duodénum. *Bull. et Mém. Soc. Nat. de Chirurgie*, 21. XII. 32, t. LVIII, n° 34.
- FRATTINI. — La pénétration et la perforation de l'ulcère du duodénum dans les voies biliaires. *Bull. et Mem. della Soc. Piemontesi de Chirurgica*, vol. 6, n° 14.
- GIORDANO. — Rupture traumatique du duodénum. *Journal de Médecine et de Chirurgie Pratique*, 25 X. 1930, p. 753.
- GRÉGOIRE. — Anatomie du duodénum envisagée du point de vue médico-chirurgical. *Annales d'Anat. Path. et d'Anat. Normale médico-chir.*, mars 1934, avril 1934, tome XI, n° 3 et 4.

- GRIMAULT. — Ulcère double du duod. Perforations duodéno pyloriques. *Mém. de l'Acad. de Chir.*, 2. XII. 36, p. 1.326-1.366.
- GUTMANN. — Syndromes douloureux de la région épigastrique, Doin et Cie, 1930.
- HARTMANN. — Chirurgie de l'Estomac et du Duod, Masson et Cie, 1931.
- HERTZ. — *Société Nat. de Chirurgie*, 1928, p. 837.
- HUSTIN. — *Journal de Chirurgie Belge*, 1911.
- JUDINE (Serge). — Nouvelles séries d'ulcus perforés du duod. *Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir.*, n° 17, 10. V. 33.
- KOHLER. — L'accès du duodénum par voie thoracique dans les perforations rétropéritonéales. *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, t. CXCIV, n° 3 et 4, p. 212-220.
- KOHLER. — Déchirure duodénale rétropéritonéale guérie par opération. *Journal de Chirurgie*, juillet 1932, t. XLII, n° 1, p. 113.
- KRAUSS. — Der perforierende geschwür in duodd. Berlin, 1875, p. 33.
- KROGIUS (A.). — Sur la rupture rétropéritonéale du duod. et son traitement. *Finska Läkarsällskapets Handlingar*, tome LXIX, n° 10, octobre 1922, p. 809-815.
- LAFITTE. — Rupture sous-péritonéale du duod. Intervention. Guérison. Valeur de la tache verte. *Soc. Nat. de Chir.*, 21. XII. 32, t. LVIII, n° 34, p. 1.605.
- LAGOUTTE. — *Lyon Chirurgical*, 1912.
- LAPEYRE. — Ulcus perforés du duod. *Gazette Médicale de France*, 15, XII, 1927.
- LUFAN. — Fistules duodénales et coliques consécutives à une résection pour ulcère duodénal perforé. *Journal de Chirurgie*, 1929, t. XXXIV, p. 532.
- MEINER. — Sur une lésion traumatique rétropéritonéale du duod. *Journal de Chir.*, août 1933, t. XLII, n° 2, p. 276.

- MONDOR. — Les diagnostics urgents de l'abdomen, Masson et Cie, 1933.
- MONLONGUET. — Fistules duodénales consécutives à la suture d'ulcère perforé. Duodénectomie. Guérison. *Société Nat. de Chir.*, 11 juin 1930.
- PAUCHET. — Ulcère duodéal hémorragique en voie de perforation. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, t. XVIII, n° 5, 19. 3. 36.
- PAUCHET, LUQUET et HIRSCHBERG. — Ulcères de l'estomac et du duodénum, Masson et Cie, 1929.
- PEDISIK (I.). — Un cas de rupture de la portion rétropéritonéale du duod. avec formation d'un pseudo kyste du pancréas. *Zentralblatt für Chirurgie*, t. 36, n° 1, juillet 1930, p. 88.
- PERRY and SCHAW. — On diseases of the duodenum.
- PETREN. — On retroperitoneal perforation of duodenal ulcer. *Britisch Medical Journal*, mai 1912.
- PETREN. — *Beitrosge zur klinische chirurgie*, 1911, p. 453.
- PORTIS (Sydney A.) et JAFFE (R. H.). — *Journal of the American Medical Association*, 1938, n° 1, p. 6.
- POTTER (E.). — Traitement des fistules duodénales et intestinales hautes. *Journal of the Missouri State Medical Association*, vol. XXIX, n° 8, août 1932, p. 374-379.
- PRATI (M.). — Fistola duodeno-hepatica consecutiva ad ulcera duodenale. *Guaderni Radiol.*, n° 7, novembre 1936, p. 367-371.
- QUIQUEMELLE. — Perforation en arrière de l'ulcère du duod. *Thèse de Paris*, 1919.
- RAZZABONI. — Les fistules post-opératoires du duodénum consécutives aux interventions extraduodénales. *Archivio Italiano di Chirurgia*, tome XXIV, fasc. 3, juillet 1929, p. 225-304.

- ROBERTS (C. P.) et NADLER (A. S.). — Pyléphébite consécutive à la perforation d'un ulcère duodénal. *Journal of the American Medical Association*, 13 novembre 1937, vol. 109, n° 20, p. 1.629-1.631.
- ROUVIÈRE. — Anatomie des lymphatiques de l'homme. Masson et Cie, 1932.
- SANTY (Paul) et MALLET-GUY (Pierre). — Le tube d'Einhorn à demeure dans le traitement des fistules duodénales ou gastro-jéjunales post-opératoires. *Presse Médicale*, année 45, 28. VIII. 37, p. 1.235-1.237.
- SEGUINOT. — On retroperitoneal perforation of duodenal ulcer. *British Medical Journal*, mai 1912.
- SPERLING (Louis) et RIGLES (Léo). — Rupture rétropéritonéale traumatique du duod. (Mineapolis). *Radiology*, vol. 29, n° 5, novembre 1937.
- TESTUT et JACOB. — Anatomie topographique. Doin et Cie, 1929.
- WAGNER. — *Medic Wochenschrift*, Munich 1901, p. 1.388.
- WISEMANN (Syracuse E. V.). — *Boston Surgical Journal*, 18, 3, 1909.

SERMENT

En présence de mes Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me sont confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

En ma qualité de Censeur de tour,
j'ai lu la Thèse ayant pour titre :

*La perforation extrapéritonéale
des ulcères du duodénum*

par Francis FABRE

Je pense que la Faculté peut en
permettre l'impression.

Montpellier, le 8 Avril 1939.

Le Professeur,
LAPEYRE.

Vu :

Montpellier, le 14 Avril 1939.

Le Doyen,
DELMAS.

Vu et permis d'imprimer,
Montpellier, le 14 Avril 1939.

Le Recteur,
PARISELLE.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.	11
<i>Chapitre premier.</i> — Péritoine duodéal et moyens de fixité.	13
Rapports et connexions.	17
Conclusions anatomo-chirurgicales.	25
<i>Chapitre II.</i> — Les perforations, leurs causes.	29
Etude statistique.	30
<i>Chapitre III.</i> — Aboutissants de la perforation en arrière du péritoine	37
<i>Chapitre IV.</i> — Les observations.	41
Etude des observations.	56
Symptomatologie.	62
<i>Chapitre V.</i> — L'abcès a-t-il toujours pour origine une perforation ?	65
<i>Chapitre VI.</i> — Conduite à tenir.	69
CONCLUSIONS.	73
BIBLIOGRAPHIE.	75



BOSC FRÈRES, M. & L. RIOU

°° °° °° IMPRIMEURS-ÉDITEURS °° °° °°

°° 42, QUAI GAILLETON, 42 °°

°° °° °° °° LYON °° °° °° °°



